**DZIENNIK PRAKTYKI**

**PRAKTYKA WSTĘPNA**

**studia stacjonarne pierwszego stopnia, kierunek Dietetyka**

**Imię i nazwisko studenta:**

**Nr albumu (indeksu):**

**Miejsce realizacji praktyki:**

**Okres realizacji praktyki w semestrze …….. roku akademickiego ……………..:**

**Liczba godzin do zrealizowania 120**

# Program praktyki wstępnej

Dla studentów kierunku Dietetyka

Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu Filii w Gorzowie Wlkp.

**Cel praktyki:**

Celem praktyki jest zapoznanie studentów z funkcjonowaniem szpitala, w tym jego strukturą organizacyjną i zasadami opieki nad pacjentami. Praktyka ma na celu rozwijanie umiejętności oceny stanu zdrowia i odżywienia pacjentów, prowadzenia wywiadów żywieniowych oraz planowania żywienia szpitalnego. Dodatkowo studenci uczą się przestrzegania zasad etyki zawodowej, współpracy w zespole oraz organizacji własnej pracy, z uwzględnieniem standardów bezpieczeństwa i higieny.

## Zagadnienia do zrealizowania podczas praktyki:

1. Zapoznanie się ze strukturą organizacyjną i zasadami funkcjonowania szpitala: poznanie struktury przestrzennej i funkcjonalnej szpitala oraz jego organizacji pracy.
2. Poszerzenie wiedzy dotyczącej zasad postępowania wobec osób chorych i zdrowych: zapoznanie się z zasadami opieki nad pacjentami, w tym prowadzenia wywiadu żywieniowego oraz oceny stanu zdrowia i odżywienia.
3. Organizacja żywienia w szpitalu: poznanie zasad dotyczących planowania i realizacji żywienia w jednostkach medycznych, w tym układania jadłospisów zgodnie z zaleceniami dietetycznymi.
4. Zrozumienie praw pracowników i pacjentów: przyswojenie podstawowych informacji na temat przepisów prawnych regulujących pracę w ochronie zdrowia oraz praw pacjenta.

## Warunki zaliczenia praktyki:

1. Prowadzenie dzienniczka praktyk: Każdy dzień praktyki musi być opisany i potwierdzony przez opiekuna praktyk z ramienia placówki. Dzienniczek wraz z oceną końcową poświadcza kierownik/dyrektor placówki.
2. Frekwencja: Nieobecności usprawiedliwione muszą być potwierdzone zwolnieniem lekarskim i skutkują przedłużeniem praktyk. Nieusprawiedliwione nieobecności skutkują niezaliczeniem praktyki.

## Kryteria zaliczenia:

1. Wiedza teoretyczna i praktyczna w zakresie struktury i zasad funkcjonowania szpitala.
2. Umiejętność przeprowadzania wywiadu żywieniowego i oceny stanu odżywienia pacjenta.
3. Zdolność do pracy zespołowej w ramach opieki nad pacjentami, uwzględniającej współpracę z innymi specjalistami.
4. Etyczne i profesjonalne podejście do opieki nad pacjentem.

## Dane kontaktowe opiekunów uczelnianych:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dr Joanna Ostapiuk-Karolczuk**Pełnomocnik Dziekana ds. Praktyk na kierunku Dietetykae-mail: j.ostapiuk@awf-gorzow.edy.pltelefon: (95) 72 79 246 | **Mgr Marta Pasek**Specjalista ds. Praktyk na kierunku Dietetykae-mail: m.pasek@awf-gorzow.edu.pltel. (95)72 79 178 |

***INFORMACJA DOTYCZĄCA WYPEŁNIANIA DZIENNICZKA PRAKTYK***

*Na „Kartach Tygodniowych” należy zapisać przebieg pięciu dni roboczych praktyki, obejmujących jeden tydzień. Dni te nie muszą następować po sobie i mogą być dowolnie rozłożone w czasie, na przykład pięć poniedziałków lub inne dni tygodnia, w których odbywała się praktyka. Każda Karta Tygodniowa musi zostać zatwierdzona pieczątką i podpisem opiekuna praktyki. Praktyka powinna zakończyć się oceną oraz opinią opiekuna.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Data*** | ***Czas pracy/liczba godzin*** | ***Wykonywane czynności*** | ***Podpis osoby wystawiającej ocenę*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Data*** | ***Czas pracy/liczba godzin*** | ***Wykonywane czynności*** | ***Podpis osoby wystawiającej ocenę*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Data*** | ***Czas pracy/liczba godzin*** | ***Wykonywane czynności*** | ***Podpis osoby wystawiającej ocenę*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Data*** | ***Czas pracy/liczba godzin*** | ***Wykonywane czynności*** | ***Podpis osoby wystawiającej ocenę*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**OPIS TOPOGRAFII MIEJSCA ODBYWANEJ PRAKTYK**

|  |
| --- |
|  |

**KARTA OCENY OSIĄGNIĘĆ EFEKTÓW KSZTAŁCENIA STUDENTA**

 **W TRAKCIE PRAKTYKI WSTĘPNEJ**

**OCENA POSTAWY STUDENTA PODCZAS PRAKTYKI**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ocena\*** |
|  | **5(A)** | **4(B)** | **3(C)** | **2(D)** |
| Punktualność |  |  |  |  |
| Pracowitość |  |  |  |  |
| Zdyscyplinowanie |  |  |  |  |
| Odpowiedzialność |  |  |  |  |
| Estetyczny wygląd |  |  |  |  |
| Dbanie o  powierzony sprzęt |  |  |  |  |
| Współpraca z personelem |  |  |  |  |
| Chęć rozszerzania wiedzy |  |  |  |  |

**\*proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiednią rubrykę z oceną**

**OCENA WIEDZY STUDENTA ZDOBYTEJ PODCZAS PRAKTYKI**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ocena\*** |
|  | **5(A)** | **4(B)** | **3(C)** | **2(D)** |
| Wykazuje wiedzę na temat organizacji i funkcjonowania szpitala |  |  |  |  |
| Posiada wiedzę na temat prowadzenia wywiadu żywieniowego, oceny stanu zdrowia i odżywienia pacjenta |  |  |  |  |
| Zna prawa pracowników i pacjentów |  |  |  |  |

**\*proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiednią rubrykę z oceną**

**OCENA ZDOBYTYCH  UMIEJĘTNOŚCI**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ocena\*** |
|  | **5(A)** | **4(B)** | **3(C)** | **2(D)** |
| Potrafi dokonać oceny stanu zdrowia, sposobu żywienia i stanu odżywienia osób w różnym wieku |  |  |  |  |
| Potrafi pracować i współdziałać w grupie w celu zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentem |  |  |  |  |

**\*proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiednią rubrykę z oceną**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organizator** |  |  | ***Pełnomocnik Dziekana*** ***ds. Praktyk kierunku Dietetyka***………………….Ocena końcowa |
| ………………………… |  |  | ………………………. |
| *Data, podpis i pieczęć* |  |  | *Data, podpis i pieczęć* |